Lane Medical Library

Aus der medicinischen Klinik zu Jena.

Ein Fall von Carcinom am Anfange des Oesophagus.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt

von

Rudolph Chrysander
aus Lauenburg a. E.

Mit 3 Tafeln.

JENA
Universitäts-Buchdruckerei G. Neuenhahn.
1896.

Genehmigt von der medicinischen Fakultät der Universität Jena auf Antrag des Herrn Professor Dr. Stintzing.

Jena, den 1. April 1896.

Geh. Hofrath Dr. **Müller,**
d. Z. Dekan.

Herrn Geh. Medicinalrath

Professor Dr. **Schweninger,**

meinem hochverehrten Lehrer

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Jena, 24. März 1896. **Rud. Chrysander.**

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/einfallvoncarcin0000rudo

Ueber den Krebs der Speiseröhre liegen bis etwa zur Mitte des Jahrhunderts nur spärliche eingehende Beschreibungen vor, wie aus dem Jahre 1846 ein Referent über einen mit Lungenbrand complicirten Fall bezeugt[1]):

> „So interessant das gleichzeitige Vorkommen von Krebs der Speiseröhre und von Lungenbrand war, so hätte ich doch lieber mit ersterem Uebel allein zu thun gehabt, denn die Symptome des Lungenbrandes im Leben sind schon ziemlich bekannt, ... während an Krankheitsgeschichten des Speiseröhrenkrebses wohl noch kein Ueberfluss ist."

Wenn die Sachlage sich seitdem auch geändert und in den 50 letztvergangenen Jahren wie auf allen Gebieten der Pathologie so auch über das Oesophagus-Carcinom grössere Klarheit geschaffen ist, so ist letztere doch von der Vollkommenheit weit entfernt, und noch heut findet man in Abhandlungen der namhaftesten Autoren Bemerkungen wie die folgende, welche als das Facit einer langjährigen Erfahrung anzusehen ist:

> „Endlich lehren sie (die vorher beschriebenen Fälle) auch dies noch, dass, so lange unsere Kenntnisse über die krankhaften Prozesse im Speiserohr noch so mangelhaft sind wie

1) Rippentrop (Berlin): Krebs der Speiseröhre mit Lungenbrand. (Pr. Ver.-Ztg. Nr. 9. 1846. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 51. 1846. S. 169.)

bisher bezw. so unsicher diagnostizirbar, diejenigen nicht im Recht sind, welche bei „Carcinom des Oesophagus“ auf die Sondirung verzichten wollen, weil durch sie ein rascherer Zerfall des Carcinoms herbeigeführt werde. [1])“

Dass „unsere Kenntnisse . . . hier noch so mangelhaft sind“, hat vielleicht mit darin seinen Grund, dass in der Literatur, wenigstens in dem leicht zugänglichen Theile derselben, die Zahl ausführlicher Krankheitsgeschichten des Speiseröhrenkrebses verhältnissmässig gering ist. Man kann neuere Jahrgänge grosser Sammelwerke durchgehen, die in ihrem Literaturverzeichnisse keinen Fall von Oesophaguserkrankung enthalten, während damit nicht bewiesen ist, dass die genannten Affectionen an sich selten seien.

Häufigkeit des Oesophagus-Carcinoms.

Schon dass in einem der frühesten von den neueren Autoren citirten Werke über die Krankheiten der Speiseröhre [2]) bereits 86 Werke der älteren Literatur aufgezählt werden konnten, — unter denen allerdings, wenn man nur aus den meist vieldeutigen Titeln Schlüsse ziehen will, Krebse gegenüber den anderen Affectionen in der Minderzahl zu sein scheinen — spricht für das Interesse, welches die Aerzte von jeher diesen Krankheiten entgegengebracht haben und entgegenbringen mussten, weil die meisten unter ihnen, wie Carcinom, narbige Strictur, Divertikel, Obturation durch Fremdkörper, dem Leben selbst gefährlich werden. Trotzdem ist die Zahl der

---

1) Schreiber (Königsberg): Zur Behandlung der Oesophagusstenosen. Vortrag im Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg 22. Jan. 1894. (Deutsche med. Wochenschrift. XX. No. 7. 1894.)

2) Mondière, J. T., im Archiv gén. de Méd., Aug. und Sept. 1833 (ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 1, 1834, durch Schmidt).

Krebsfälle des Oesophagus, wenigstens der genauer beschriebenen, wie gesagt, klein, und es mag dafür als mitwirkende Ursache gelten, dass dieses Leiden fast immer von längerer Dauer, seine Erzählung daher schwer abzuschliessen war, zumal wenn in zweifelhaften Fällen die Entscheidung durch die Autopsie fehlte. Die Berichte über Steckenbleiben von Fremdkörpern und andere acute Schädigungen und Affectionen des Oesophagus sind in jener Zeit überwiegend und man würde nach den gedruckten Zeugnissen aus jener, 40 bis 60 Jahre zurück liegenden Periode den Eindruck gewinnen können, dass das Verschlucken eines lebenden Fisches oder eines Angelhakens öfter vorgekommen sei als ein Speiseröhrenkrebs.

Der tiefer liegende Grund aber, weshalb in der Literatur aus jener Zeit das Oesophagus-Carcinom selten erscheint, ist die von mehreren medicinischen Schriftstellern damals erwähnte Schwierigkeit seiner Diagnose. So sagt ein ungenannter Verfasser[1]) 1844 in einem Referate über drei Stricturen der Speiseröhre, unter denen die erste „spastischer", die beiden anderen carcinomatöser Art zu sein scheinen, bei welcher eine Section aber nicht gemacht wurde:

> „Das eben genannte Leiden — Strictur des Oesophagus —, welches dem Verf. in der kurzen Zeit von 2 Jahren dreimal vorgekommen, mag oft genug verkannt werden."

Wie wenig beschrieben das Oesophagus-Carcinom damals war, geht auch aus einer Besprechung des 1857 erschienenen Habershon'schen Werkes hervor[2]), in der es heisst:

---

1) Dr. G. in Caspar's Wochenschrift 1844, No. 3, 4 u. 5.

2) S. O. Habershon: Pathological and practical observations on diseases of the alimentary canal, oesophagus, stomach, coecum and intestines. London 1857. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 100. S. 259. 1858.

„Vorzüglich reichhaltig ist die Sammlung der (in H.'s Abhandlung enthaltenen) Fälle von Krebs des Oesophagus; unter 13 Fällen, die der Verf. beschreibt" u. s. w.

Der Speiseröhrenkrebs wurde also zu jener Zeit für ein seltenes Leiden gehalten. Bestärkt in dieser Meinung mussten die Aerzte werden durch die umfangreiche von Tanchou veröffentlichte Statistik[1]), nach den Civilstandsregistern des Seinedepartements von 1830—40, in denen unter 9118 Carcinomfällen nur 13 Oesophaguscarcinome verzeichnet sind. An der Zuverlässigkeit dieser Ziffern erhebt auch Johansen Zweifel; die erwähnte statistische Aufstellung mit ihren imponierend grossen Zahlen hat aber, zumal in Anbetracht der damaligen französischen Präponderanz in der Medicin vermuthlich auch auf die Ansichten deutscher Fachgelehrten der 40er und 50er Jahre bestimmend gewirkt.

Die, der Zeit nach, folgende Statistik von Marc d'Espine[2]) zählt unter 471 Carcinomfällen aus den Jahren 1838—45 8 Fälle von Speiseröhrenkrebs auf.

Aus dem Jahre 1839 liegt eine Mittheilung von Hartung[3]) vor, speziell die Perforation in die Trachea betreffend:

„Die krebshafte Durchlöcherung der Speise- und Luftröhre ist ohne Zweifel von jeher vorgekommen, indess erst in neuerer Zeit genauer beschrieben worden". (Verf. hat wahrscheinlich das zusammenfassende Mondière'sche Werk von 1833 im Auge) ...„Krebs der Speiseröhre verhält sich in der Häufigkeit zu allen

---

1) cit. in Johansen, C.: Die Gastrostomie bei carcinomatöser Strictur des Oesophagus. Dorpat 1888. S. 5.

2) cf. Johansen l. c.

3) Hartung (Aachen): Krebshafte Durchlöcherung der Speise- und Luftröhre des Dr. Krimer, nebst Bemerkungen über diese Krankheit. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 22. S. 183.

anderen von der Speiseröhre ausgehenden Veranlassungen wie 1 : 3".

Walshe[1]) gibt 1846 augenscheinlich Material aus der oben erwähnten Tanchou'schen Statistik — „unter 8289 Pariser Todesfällen in Folge bösartiger Neubildung, nur 13 Oesophaguscarcinome". —

Lebert[2]) hat unter 406 Sectionen 6 Fälle.

Zenker[3]) sagt auf Grund des Münchener Materials:

„Der Krebs der Speiseröhre ist von allen Gewächsen derselben, sowohl seiner relativen Häufigkeit, als der Schwere der durch ihn bedingten Erscheinungen wegen, bei weitem das wichtigste. Eine absolut häufige Krankheit ist er aber durchaus nicht. . . Unter unserem sich auf 5079 Sectionen belaufenden Beobachtungsmaterial fanden wir primären Oesophaguskrebs 13mal = 0,25 %, ausserdem 6 Fälle von secundärem vom Magen aus übergreifenden Krebs = 0,11 %".

Petri[4]) führt, allerdings ohne Angabe der Summe aller Sectionen in der betreffenden Zeit, aus:

„Wir sehen, dass das Vorkommen des Speiseröhrenkrebses ein ziemlich häufiges ist. In 9 Jahren kamen 44 Individuen, welche damit behaftet waren, zur Obduktion. Förster, in seiner path. Anat., constatiert ebenfalls, dass derselbe eine ziemlich häufige unter den Krebskrankheiten sei."

---

1) cit. bei Mackenzie, M.: Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch von Semon. II. Bd. S. 103. 1884.

2) cit. bei Johansen l. c.

3) Zenker u. Ziemssen: Krankheiten des Oesophagus. Im Handb. der spez. Path. und Ther. von Ziemssen. Bd. VII, 1. 1877. S. 168.

4) Petri: Krebs der Speiseröhre. Diss. Berlin 1868. S. 28.

Albrecht[1]) in Petersburg hatte einen bedeutenden Prozentsatz von Oesophaguscarcinomen. Unter 140 von ihm 1873—77 ausgeführten Sectionen im Obuchow-Hospital fanden sich 27 Fälle.

Aus 294 Sectionen von 1873—83 in Petersburg erhielt Krusenstern[2]) 44 Fälle von Oesophaguscarcinom.

Nach einem weiteren Berichte über das genannte Petersburger Hospital[3]) sind auf einen Zeitraum von hundert Jahren zu rechnen unter 108,206 Kranken resp. 19,432 Todten: 330 Carcinöse, darunter 56 Oesophagus-Carcinome. Johansen bemerkt hierzu, dass die Verhältnisszahlen aus 7 Jahren gewonnen sind, während deren das Hospital fast immer mit Typhuskranken gefüllt war, und dass diese auf Kosten der chronisch Kranken aufgenommen wurden, mithin die Aufnahme von Carcinösen nur in äussersten Fällen stattfand. — Es liegt die Vermuthung nahe, dass aus dergleichen äusseren Umständen, die sich der Berücksichtigung seitens eines späteren Statistikers aber möglicher Weise entziehen, sich zuweilen grosse Unterschiede in den Ergebnissen zahlenmässiger Zusammenstellungen ergeben. Trotz richtiger Rechnung führen diese alsdann zu Resultaten, die im Grunde fehlerhaft sind, aber trotzdem, wie an Beispielen zu erhärten wäre, weiterhin von der medicinischen Forschung als Ziffer-Material aufgenommen, zu Vergleichen, Beweisführungen, auch zur Polemik unter Umständen benutzt werden. Eine medicinische Oberrechnungskammer würde an schwieriger und lohnender Arbeit zu thun finden. — Auch bei der unten folgenden Erwähnung der Statistik über den häufigsten Sitz der Carcinome, in welcher ein eclatanter und bisher nicht erklärbarer Widerspruch z. B. der in

1) cit. bei Johansen l. c.
2) cit. bei Johansen l. c.
3) cit. bei Johansen l. c.

Deutschland und der in England gefundenen Zahlen hervortritt, liegen ähnliche Betrachtungen nahe.

Mit dem aus Obigem sich ergebenden Vorbehalte folgen zunächst die Ziffern, welche ich ferner über die Häufigkeit des Oesophaguskrebses in der Literatur gefunden habe.

Stroganow[1]) gibt aus dem Odessaer Stadthospital für 1877—1887 die Zahl der Sectionen auf 4725, die der Oesophagus-Carcinome auf 44 an.

von Hachner[2]), Wien: Unter 40866 im Ambulatorium der Billroth'schen Klinik 1877—86 behandelten Kranken waren 270 Affectionen des Oesophagus, und zwar 131 Carcinome. Unter 76 zugleich klinisch behandelten Oesophagus-Kranken waren 42 Carcinomatöse. Bei diesen Zahlen, und ihrer anscheinenden Beweiskraft für Seltenheit des Speiseröhrenkrebses in Wien, ist zu berücksichtigen, dass sie einer chirurgischen Klinik entstammen, in der, wie Johansen[3]) anmerkt, „das Material stets sehr gesichtet wird, so dass ein Prozentverhältniss aufzustellen garnicht möglich ist.“ In das Ambulatorium gar werden nur wenige an Oes.-Carcinom Leidende sich begeben, da die meisten ihr Leiden für eine Magenaffection, oder einen Schlingkrampf, „Nervosität“, „Neuralgie“, „Rheumatismus“ oder dergl. halten und die innere medicinische Klinik aufsuchen werden.

Petersen-Borstell[4]) bezeichnet in seiner Kieler Abhandlung das Oesophagus-Carcinom als einen der häufiger vorkommenden Krebse; aus seiner 217 Krebsfälle umfassen-

1) Johansen l. c. S. 5.

2) von Hachner, Wien: Ueber Oesophagus-Stricturen. Archiv f. klin. Chir. XLV. S. 305. (Referirt in Virchow-Hirsch' Jahresbericht 1893. II. S. 239. Ref. Ewald).

3) Johansen l. c. S. 6,

4) Petersen-Borstell, Diss. Kiel 1883. cit. bei Braasch, Beitrag zur Statistik und Anatomie des Speiseröhrenkrebses. Diss. Kiel 1886.

den Arbeit ergiebt sich, dass es mit der Mamma an dritter Stelle steht, und zwar treffen von den 217 Fällen 5,99 % die Speiseröhre (32,55 % Magen, 14,74 % Uterus).

Cölle[1]) hat das Material aus den Göttinger Instituten zusammengestellt. 1877—86 kamen 73 Fälle zur klinischen Beobachtung, 69 auf der medicinischen, 4 auf der chirurgischen Klinik. An Sectionsmaterial lieferte derselbe Zeitraum 17 unter 1650 Sectionen in Summa = 1,03 %. „Es ist dies ein sehr hoher Prozentsatz im Vergleich mit der Zenker'schen Statistik, welcher unter 5079 Sectionen nur 13 primäre Oes.-Krebse sah = 0,25 %. Es scheint daraus mit Sicherheit hervorzugehen, dass in den Bezirken, die den Bestand der Göttinger Klinik, bezw. des pathologischen Instituts stellen, der Oesophaguskrebs eine verhältnissmässig häufige Erkrankung ist, wenigstens im Vergleich mit den Distrikten, die das Zenker'sche Sectionsmaterial lieferten."

Rebitzer[2]) führt aus den 15168 Sectionen des Münchner pathologischen Instituts von 1854—89 29 Fälle von Oesophagus-Carcinom an.

Eine Mittheilung Schreiber's[3]) über Häufigkeit der Oes.-Carcinome in Königsberg besagt:

„Oesophagusstenosen infolge von Carcinom gehören hierorts bekanntlich zu den häufigeren Vorkommnissen. Im letzten halben Jahre habe ich beispielsweise zwölf

---

1) Cölle, F. Beiträge zur Lehre vom primären Oesophagus-Carcinom. Diss. Göttingen 1887.

2) Rebitzer: Zur Kenntniss des Krebses der Speiseröhre. Diss. Nürnberg 1889. Ref. in Virchow-Hirsch' Jahresbericht. XXV, 2. 1890, S. 233. Ref. Ewald.

3) Schreiber: Ein neuer Dilatator zur Behandlung der Verengerungen der Speiseröhre. Berl. klin. Wochenschrift 1893. No. 32 S. 765. (Fortsetzung darüber in: Deutsch. med. Wochenschrift 1894. No. 7.)

zu behandeln Gelegenheit gehabt. Sie stammen weit überwiegend aus dem benachbarten Russland". . . .

In der medicinischen Klinik zu Jena sind 1892 acht Kranke mit carcinomatöser Strictur des Oesophagus behandelt, darunter drei zur Section gekommen. 1893 ist ein Fall von Oesophaguscarcinom, einer von carcinoma ventric. et oesophagi, einer von carcin. cardiae, einer mit zweifelhaftem carcin. laryngis et pharyngis verzeichnet, demnach im Ganzen 1 Fall unzweifelhaften primären Oes.-Carcinoms. Zur Section kam keiner der Fälle. 1894 wurden drei Fälle von Oes.-Carcinom behandelt, einer derselben ward secirt.

Binnen drei Jahren kamen hier also 12 Fälle von wahrscheinlich primärem Speiseröhrenkrebs zur Beobachtung und es würde die Zahl, wenn alle mit Stenose behafteten Patienten länger in Behandlung geblieben wären, vermuthlich noch zu erhöhen sein.

Die hiesigen 12 Fälle bilden auch einen Beleg zu der fast von überall her berichteten Erscheinung, dass das Oes.-Carcinom bei Männern weit häufiger ist als bei Frauen; in der Besprechung dieses Punktes werde ich auf sie zurück kommen; ein ausführliches Eingehen auf ihre Casuistik ist nicht meine Aufgabe.

So selten, wie in alten Zeiten zum Theil aus Mangel genügender Krankheitskenntniss oft angenommen wurde, scheint das Oesophagus-Carcinom, nach dem Vorstehenden, nicht zu sein. Ob es in einigen Gegenden öfter vorkommt als in anderen, lasse ich dahin gestellt. Diese auch in Bezug auf die Aetiologie des Leidens interessante Frage ihrer Lösung näher zu bringen, würde u. A. eine conforme und ins enge Detail gehende Durcharbeitung des casuistischen Materials erfordern. Es ist ferner anzunehmen, dass noch heutigen Tages ein Theil dieser Krankheitsfälle der richtigen Deutung entgeht und, in Ermangelung der Section — bei

welcher das Erkennen eines Oesophaguscarcinoms ebenfalls nicht immer auf den ersten Blick möglich ist — als Magen- oder Leber-Krebs, als bösartige Struma, Kehlkopfkrebs, Pneumonie, Lungengangrän oder dgl. in das ärztliche Tagebuch eingetragen wird.

Während in früheren Zeiten die Veröffentlichung der Casuistik des Speiseröhrenkrebses oft unterblieben ist, weil die Krankheit nicht erkannt wurde, hat sich seit etwa den letzten zwanzig Jahren in der Beschreibung dieser Affectionen eine andre Wandlung vollzogen: das chirurgische Interesse ist, in Folge der grossen Fortschritte der Wundbehandlung, an diesen zum grossen Theil desperaten Fällen lebhafter geworden und man findet in neuerer Zeit die grösste Anzahl der zur Einzel-Publikation gelangenden Oesophagus-Carcinome nicht mehr in den intern medicinischen, sondern in den chirurgischen Rubriken der Zeitschriften eingetragen. Es ist nicht zu leugnen und ergibt sich beim Durchsehen mancher neueren Krankengeschichte, dass diese chirurgische Antheilnahme auf die Veröffentlichung der nicht zur Operation gekommenen Fälle nicht förderlich gewirkt hat. Letztere bilden aber weitaus die Mehrzahl: Gastrostomie ist, nach der ausführlichen Zusammenstellung von Johansen[1]), bis 1888 im Ganzen 219 mal, zumeist wegen Carcinom, ausgeführt worden, die übrigen chirurgischen Eingriffe: Aeussere und innere Oesophagotomie, Oesophagectomie, combinirte Oesophagotomie, retrograde Erweiterung, nach der Liste von Gross[2])

1) Johansen l. c. S. 87 u. S. 13. Die S. 23 von ihm wiedergegebene Liste von Gross enthält in dieser Reproduction mehrfache Fehler, u. A. ist die Ziffer der Summe aller Operationen: 271, noch als die einer weiteren Operation genannt u. s. w.

2) Gross: Gastrostomy, Oesophagostomy, Internal Oesophagotomy, Combined Oesophagotomy, Oesophagectomy, and Retrograde Divulsion. Philadelphia 1885. S. 18.

insgesammt 64 mal, bis 1885. Die Zahl der in einem Jahre in Deutschland an Speiseröhrenkrebs Sterbenden ist bedeutend grösser als die der bisher im Ganzen operirten Fälle, und es wird sich, um die S. 5. von Schreiber beregte Lückenhaftigkeit unsrer Kenntnisse nach Thunlichkeit zu bessern, zugleich auch im chirurgischen Interesse, empfehlen, das casuistische Material auch der nicht operirten Fälle zu vermehren und weiter zugänglich zu machen. Daher dürfte es nicht unangebracht sein, den folgenden einzelnen Fall ausführlich wieder zu geben, der längere Zeit in der Klinik beobachtet worden ist, schon durch seine Localisation einen ziemlich seltnen Befund gewährt, und in seinen verschiednen Phasen wie in seinem Sectionsergebnisse Anregung zu Vergleichen mit dem bisher Bekannten gibt.

Krankheitsfall.

Seidenstricker, Lorenz, Handarbeiter, 62 Jahr, aus Mohrenthal bei Blankenhain. Aufnahme 15. Juli 1895.

Erblichkeit: Vater starb aus unbekannter Ursache, Mutter an „Auszehrung“. Eine Schwester lebt, ist gesund. 2 Brüder starben in jungen Jahren. Frau starb an „Auszehrung“. 7 Kinder leben, sind gesund, 4 davon sind Soldaten.

Allg. Anamnese: Pat. war früher Muldenhauer, hatte als solcher schwer zu arbeiten; dann war er Handarbeiter. Sein Auskommen hat er stets gehabt.

Frühere Krankheiten: Als Kind Masern, sonst stets gesund.

Jetzige Krankheit: Begann vor 5 Wochen mit Schmerzen im Halse und Schluckbeschwerden. Pat. bemerkte, dass die Bissen im Halse sitzen blieben („es ist so

wie eine Höhle im Halse"), und konnte nur flüssige Nahrung zu sich nehmen; erbrochen hat er nie. Vor 8 Tagen wurde er von einer Kuh an die Wand gedrückt, so dass ihm die rechte Seite gequetscht wurde. Seit der Zeit hat er, wenn er Luft holt, stechende Schmerzen in der rechten Seite. Bisweilen starker Hustenreiz. In der letzten Zeit ist er stark abgemagert.

Status vom 15. Juli.

Allg. Körperbeschaffenheit: Fieberfrei, kräftig gebaut, gute Muskulatur, leicht kachectisch, geringes Fettpolster.

Haut und Drüsen: Haut o. B. Drüsen klein, Cubital links deutlich, desgl. Inguinaldrüsen.

Kopf, Hals, Schilddrüse, Kehlkopf: Kopf und Hals o. B. Rachen narbenfrei. Kiefer zahnlückig. Kleine Teleangiectasien im Gesicht.

Thorax und Lungen: Thorax im Tiefendurchmesser vergrössert, fassförmig. Lungenspitzen gleich hoch.

Hintere Lungengrenze zw. 11 u. 12 B. W.	}	verschieblich.
Lungen-Lebergrenze 6 R.		
Lungen-Milzgrenze 8 R.		

Schall sonor, Athmungsgeräusch vesiculär. An der Stelle, wo das Trauma eingewirkt hat, ist keine Rippenknickung zu fühlen. 7—8 R. auf Druck empfindlich, pleuritisches Reiben dort nicht zu hören.

Herz: Spitzenstoss im 5. J. R., etwas ausserhalb der Mamm.-Linie, deutlich sichtbar, auch im 6. J. R. fühlbar. Obere Grenze 4 R., nach rechts: link. Sternalrand, nach links: fast die Mamm.-Linie erreichend. — Töne an der Spitze leise, dumpf, rein; auch sonst rein. Eine Partie oben auf dem Sternum etwas gedämpft. Im Jugulum Pulsation bei tieferem Eindringen fühlbar.

Puls und Gefässe: Puls ziemlich gross, synchron, von gleicher Stärke, ziemlich gespannt, dicrot; Arterie hart, leicht geschlängelt.

Bauch bezw. Verdauungsapparat: Bauch im Niveau des Thorax, weich, nirgends druckempfindlich.

Leber: nicht palpabel.

Milz: an normaler Stelle, nicht palpabel.

Harn: K. E., K. Z.

Klinische Vorstellung am 17. VII. 95.

Wiederholte Sondirungen ergeben, dass zeitweilig sehr starke Sonden glatt passiren. Andere Male kommt man in einer Entfernung von 24 cm auf einen unüberwindlichen Widerstand. Führt man die Sonde ganz in gewöhnlicher Weise ein, so bleibt sie hängen. Nach dem Herausziehen findet sich etwas Blut an der Spitze, aber kein Eiter oder sonstige Spuren von Gewebszerfall. Beim Versuche, Wasser zu schlucken, scheint an der linken Seite der Hals sich etwas mehr vorzuwölben als an der rechten; das Schlucken des Wassers geht ohne viel Aufenthalt, und es entsteht dabei im Schlunde ein plätscherndes Geräusch.

20. VII. Es wird mehrfach versucht, Mageninhalt nach Probefrühstücken zu gewinnen, ohne Erfolg, da weiche Sonden nicht passiren, man aus steifen aber nichts bekommt. Die wenigen Brocken in der Sonde ergaben keine HCl-Reaktion.

30. VII. Wiederholte Sondirungen lassen deutlich erkennen, dass man sich in einer Entfernung von 24 cm in einem Divertikel verfängt. Wenn man die Sonde zurückzieht, merkt man deutlich, dass man die das Divertikel gegen die Speiseröhre abschliessende Brücke überspringt.

6. VIII. Pat. kommt im Körpergewicht nicht voran, verschluckt sich auch häufig; daher Nährklystiere.

11. VIII. Pat. behält die Klysmata nicht bei sich. Leichte Temperatursteigerung, ohne dass ein Grund gefunden wird.

12. VIII. Pat. wird auf Wunsch entlassen.

21. IX. 95. Pat. sucht die Klinik wieder auf, er hat 6 kg an Körpergewicht verloren, wiegt nur noch 44 kg. Hinter der Schilddrüse eine harte Geschwulst, von der man nicht sicher sagen kann, ob es eine Struma oder Neubildung ist. Drüsen in der Umgegend nicht zu fühlen. Die Sondirung stösst bei 22 cm auf unüberwindlichen Widerstand. Auch dünne Sonden passiren nicht. Schlucken kann Pat. dagegen flüssige Nahrung gut. Spritzgeräusch vorhanden. Er wird flüssig ernährt und erhält ausserdem Nährklystiere.

28. IX. Pat. wird auf die chirurgische Klinik verlegt behufs eventueller Vornahme einer Operation. Der in der chirurgischen Klinik aufgenommene Befund ist im wesentlichen folgender:

Hochgradig abgemagerter alter Mann. Pat. klagt, nicht genügend essen zu können, weil er feste Speisen nicht mehr herunter schlucken könne; nur flüssige Speisen und eingeweichtes Weissbrod ist er noch im Stande zu schlucken. Das Hinderniss fühlt er selbst in der Speiseröhre in der Höhe des Halses. Pat. hustet viel, wirft aber nur viel Schleim aus.

Zur Feststellung des Speiseröhrenstatus wird Pat. sondirt mit der Schlundsonde, wobei sich zuerst 16, später 18 cm hinter der Zahnreihe ein Hinderniss im Oesophagus zeigt für dicke Sonden; für die dünnste 27 mm dicke Sonde ist derselbe noch eben durchgängig. Man fühlt am Halse, der wegen der hochgradigen Abmagerung gut palpirbar, eine derbe Geschwulst hinter dem Kehlkopf, die sich beim Schlucken mit dem Oesophagus bewegt. Diese Geschwulst

ist nach oben nicht genau abgrenzbar, nach unten etwas besser, und geht scheinbar nicht über den Bereich des Kehlkopfes hinaus. Auf Druck ist dieselbe, welche mehr eine diffuse Verhärtung und Verdickung der Oesophaguswand markirt, schmerzhaft, und zwar mehr rechts als links. Vom Munde aus ist mit absoluter Sicherheit digito nichts zu fühlen, als dass man den Eindruck einer derberen Consistenz hinter dem Kehlkopfe zu verspüren meint. Der entsprechende Finger kommt mit etwas Blut bedeckt wieder zum Vorschein, und in dem Blute befindet sich ein kleines Partikelchen Gewebe von grauweisser Färbung, welches mikroskopisch nur aus Plattenepithelien in den verschiedensten Formen besteht.

Man lässt den Pat. Wasser trinken, um eventuell eine Anfüllung des Divertikels als Tumor seitlich hinter dem Kehlkopf sichtbar und fühlbar zu machen, aber man bemerkt keinen Unterschied, vielmehr gibt Pat. an, das Wasser regelrecht gefühlt zu haben bis in die Tiefe. Nach diesem Befunde und nach der Beobachtung in der nächsten Zeit lautet die Diagnose mit der grössten Wahrscheinlichkeit auf Carcinoma oesophagi in der Höhe des Kehlkopfes. Das Vorhandensein eines Divertikels wird unentschieden gelassen.

Pat. wird im Verlaufe seines Aufenthaltes, wo sich nur eine langsame Verschlechterung der Nahrungsaufnahme in dem Allgemeinbefinden herausstellt, noch mehrmals sondirt, aber diese Male stets ohne Erfolg, so dass auch die dünnste Sonde nicht mehr hindurch zu bringen ist. Eine bemerkbar werdende Heiserkeit gibt Anlass zur laryngoskopischen Untersuchung, bei der sich Lähmung des linken Stimmbandes herausstellt.

Bei der Erwägung der einzuschlagenden Behandlung kam erstens in Frage, ob das Carcinom noch zu exstirpiren sei. Im Falle der Bejahung würde es sich eventuell um Resection

des Oesophagus und des Kehlkopfes gehandelt haben. Zum Bestehen dieser Operation war Pat. schon zu weit herunter. Andererseits wurde die Anlegung einer Magenfistel in Erwägung gezogen. Dagegen machten sich besonders der Einwand geltend, dass das Schlucken von Flüssigkeiten dem Pat. noch möglich war, und der andere, dass die Widerwärtigkeiten, welche eine Magenfistel mit sich bringt, und welche ein junger, sonst gesunder Mensch mit gutartiger Strictur ertragen kann, einem alten carcinomatösen Manne, wie dem Pat., dessen Leben dem Verlöschen ohnehin nahe erschien, nicht mehr zugemuthet werden sollten. — Pat. erhält Kal. jodat. 3× tgl. 1 Essl. $^{5\cdot0}/_{200\cdot0}$.

14. X. Pat. wird auf die medicinische Klinik zurück verlegt.

14. X. Bei der Untersuchung ergiebt sich:

Es ist jetzt eine deutliche Parese des linken Stimmbandes vorhanden. Die Stimme ist heiser und eigenthümlich hoch; bitonales Athmen oder Sprechen ist aber nicht deutlich. Pat. verlangt öfters sondirt zu werden; es gelingt nicht, die Sonde bis über 18 cm vorzuschieben. Wenn man mit dem Finger, um die Sonde zu leiten, tief eingeht, so stösst man hinten, anscheinend hinter dem Kehlkopf, auf eine harte Geschwulst. Im laryngoskopischen Bilde erscheint die Gegend hinter dem Aryknorpel etwas verbreitert, blass, wie oedematös. Pat. wird mit Nährklystieren behandelt, erhält ausserdem Jodkali, wie bereits in der chirurgischen Abtheilung.

26. X. Pat. hatte sich bisher leidlich auf seinem Körpergewicht erhalten, da er noch etwas schlucken konnte. Er bringt in der letzten Zeit garnichts mehr hinunter, würgt heftig. Seit einigen Tagen ist Stridor eingetreten. Der laryngoskopische Befund ergibt als Grund desselben ein leichtes Oedem der ary-epiglottischen Falten.

1. XI. Oedem verschwunden. Stridor geringer, aber noch immer vorhanden.

19. XI. Pat. ist zum Scelett abgemagert. Fortwährendes Würgen. Sondirungen in der letzten Zeit ausgesetzt. Nährklystiere noch fortgeführt. An den Lungen einige Rasselgeräusche hörbar.

Heute früh Exitus letalis.

Sections-Protokoll.

21. XI. 95.

Im linken Pleuraraum wenige Ccm. röthlich-gelber klarer Flüssigkeit. Grünlich gelber zäher Eiter im linken Bronchus. Pleura des Oberlappens mehrfach von Bindegewebe durchsetzt, Pleura des Unterlappens blauroth, nach unten zu mehrfach fein suggillirt. Oberlappen röthlich-grau, lufthaltig, sehr oedematös. Die unteren $^2/_3$ zeigen neben spärlichen heller gefärbten lufthaltigen oedematösen Parthien dunklere mehr zähe luftarme bis luftleere. Bronchien, namentlich der Unterlappen, bis in die kleineren Aeste geröthet, mit zähem Eiter reichlich gefüllt. Mehrfache ziemlich ausgiebige weisse Fleckungen der Lungenarterie. Im linken Hauptbronchus zäher grünlich-gelber Eiter. Rechte Lunge frei, voluminös. Pleura glatt. Ober- und Mittellappen blassröthlich-grau, lufthaltig. Unterlappen in der Mitte seiner hinteren Fläche mit mattglänzenden graugelben Fibrinbelagzügen der Pleura überzogen. Substanz blauroth, lufthaltig, mässig oedematös. Unter der pleuritischen Strecke lobuli etwas luftärmer. Bronchien auch dieser Seite, aber beträchtlich weniger, geröthet. Eitriger Belag zumal der kleineren Aeste des Unterlappens. Die Lungenarterie wie links.

Zunge sehr bleich, glatt. Weicher Gaumen bleich. Tonsillen flach mit kleinen weissen Narbeninscriptionen versehen.

Oesophagus in seinem Anfang, namentlich linkerseits, von einer grauweissen, speckigen Neubildung umfasst, welche bis dicht an den Abgang der linken Art. subclavia reicht. Unteres Ende der Neubildung vom Aortenbogen 22 cm entfernt. Pharynx blassroth, glatt. Die vordere Pharynxwand wird eingenommen von einer flachen, den Eingang zum Kehlkopf 10 mm überragenden, seicht gelappten, ziemlich derben Neubildung, die in der Richtung nach abwärts den Zugang zur Speiseröhre verlegt. Die Speiseröhre unten 58 mm im Umfang haltend. Schleimhaut bleich, glatt, stellenweise mit weisslichem Epithel bekleidet. Die Neubildung im oberen Oesophagus 10 cm lang. Rechterseits lässt die Neubildung einen Katheter von 5 mm noch passiren. Anfang des Oesophagus namentlich links eingenommen von einer gelblich weissen, speckig glänzenden, stellenweise flach vertieften, mit leicht gelappter Oberfläche versehenen Neubildung, die am oberen und unteren Ende die Basis pilzförmig überragt. Das untere Ende der Vorragung schmutzig bräunlich gelb gefärbt. Auf der linken Seite, der Mitte der Neubildung, eine flache, etwa kirschengrosse Höhle.

Oesophagus unmittelbar unter der Neubildung 38 mm im Umfange. Epithel in grösserer Ausdehnung weiss getrübt, verdickt.

Kehlkopfknorpel verknöchert. Taschen und Stimmbänder bleich und glatt.

In die Trachealwand ragt von hinten ein flacher, gelblich weisser, ziemlich harter Tumor von leicht gerötheter Schleimhaut überzogen von 30 mm Länge und bis 12 mm Dicke und 14 mm Breite. Die weiter abwärts liegende Trachealwand bleich, glatt, im häutigen Theile bläulich.

Schilddrüse von mässiger Grösse, blass bräunlich gelb. Im hinteren Theile des linken Lappens, von der an-

liegenden Geschwulst übergreifend, ein schlehengrosser, weisser, speckig glänzender Tumor.

Aorta etwas weit. Intima am Abgang der linken Intercostalis mässig gewulstet.

Herz mittelgross, Epicard mager. Fett leicht oedematös. Kranzarterien stark geschlängelt, hier und da weiss gefleckt. Im rechten Herzen wenig umfängliches blasses Leichengerinnsel. Foramen ovale geschlossen. Pulmonalklappen zart. Unbedeutende weissliche Trübung der Tricuspidalsegel im Saum. Blasses Leichengerinnsel links. Aortenklappen zart. Kranzader 12 mm im Umfang. Intima mässig weiss gefleckt. Bicuspidalsegel längs des Saumes mässig verdickt, weiss getrübt. Herzmuskel von blass gelblichbrauner Färbung.

Einzelne lose Verwachsungen des rechten Leberlappens mit dem Zwerchfell

Milz klein. Kapsel gerunzelt, grau. Substanz zähe, blassbräunlichroth. Malpighis undeutlich.

In der Gallenblase reichliche bräunliche Galle. Schleimhaut netzförmig.

Leber eher klein. Kapsel über der Vorderfläche des rechten Lappens ausgedehnt, z. Th. netzförmig verdickt. Zwei leichte Längsfurchen rechts oben. Leber ziemlich fest, Läppchen deutlich, fast gleichförmig rothbraun. Glissonsche Kapsel zart, kein auffallender Fettbeschlag.

Mesoflexur etwas verkürzt. Wurmfortsatz frei, 30 mm lang; längs des Ansatzes seines Mesenteriolum 4 bis erbsengrosse derb anzufühlende grauweisse glatte Knoten.

Magen sehr klein. Schleimhaut längsgefaltet. Im Innern wenig gelbgrüner, schleimiger zäher Inhalt.

Im Duodenum wenig gelbgrüner, schleimiger Inhalt. Schleimhaut blassgrau.

Pancreas schmal, Läppchen graugelb.

Gallengang mittelweit.

Gelbgrüner zähschleimiger Inhalt, sehr spärlich, im Jejunum. Schleimhaut bleich. Spärlicher zäher blassgraugelber Inhalt im Ileum, gegen dessen Ende etwas reichlicher und mehr dünn werdend bei mehr bläulicher Färbung und mässiger Schwellung der Schleimhaut. Klappe glatt. Ileum-Ende mit dem Coecum am Ansatze des Wurmfortsatzes divertikelartig zusammenhängend. Zugang zum Divertikel mit strahliger weisser glatter Narbe versehen.

Im Anfange des Wurmfortsatzes ein 15 mm langes, gegen das Coecum hin bräunliches, im Wurmfortsatze selbst gelblichweisses Concrement. Im Innern des Wurmfortsatzes wachsartig formloser gelblichweisser Inhalt. In den ansitzenden Knoten gleiche Masse wie im Wurmfortsatze selbst.

Im Colon ascendens gelbgrünlicher trüber dünnflüssiger Inhalt. Schleimhaut im ganzen Verlaufe des Dickdarms blass röthlich grau, völlig glatt. Inhalt gegen das Dickdarmende sich eindickend.

In der Bauchhöhle freiliegend 2 linsengrosse und linsenförmige, und ein fast hühnereigrosser glatter weisser resistenter Körper.

Anhang zum Sectionsprotokoll.

Bei eingehender Untersuchung des Präparates zeigte sich ferner, dass der Ausgangspunkt der Geschwulst nicht mit Sicherheit zu eruiren war. Die Mitte derselben, wo sich die erwähnte kirschengrosse Höhle befand, lag an der linken Seite, und nach vorn, und in der Höhe des Ringknorpels, mit ihm untrennbar verbunden.

Vom geöffneten Oesophagus aus gesehen, hatte die Neubildung in ihrem oberen mächtigeren Theile, der etwa bis zum unteren Rande der cartilago cricoidea reichte, das Ansehen einer massigen, freien, d. h. durch Raumbehinderung anscheinend wenig beeinflussten Wucherung, während sie in

ihrem unteren Theile eine mehr gleichmässige harte Infiltration der Oesophaguswand darstellt, in das Lumen des Organs nicht wie oben mit Excrescenzen hineinragt, sondern im Ganzen eine Verengung der Lichtung bewirkt.

Von Ulceration ist an keinem Theile der Geschwulst, auch nicht an der erwähnten Höhlung, etwas zu bemerken. Die Vorragung in die Trachea findet sich gegenüber dem unteren in den Oesophagus weniger üppig hinein gewachsenen Theile des Tumors; die obere Grenze der in der Trachea sichtbaren Vorwölbung entspricht ungefähr dem unteren Ende der erwähnten massiveren Oesophaguswucherung; und es gewinnt bei Betrachtung des gesammten Tumors den Anschein, dass dieser nach den Seiten des geringsten Widerstandes hin gewachsen ist, und dass für seine unteren Partien dieser Ort die Trachea war, während Wände, „Lumen", und hintere Umgebung der Speiseröhre sich seiner Ausdehnung mehr widersetzt haben.

Metastasen sind nicht aufgefunden worden. Ob dies mit der ursprünglichen Anlage des Tumors, mit der Art seines Wachsthums, und mit der Behandlung des Patienten in Verbindung steht, ist Sache der Vermuthung und würde hier, mit Angabe der literarischen Belege, zu weit führen.

Die Art. thyreoidea inferior war an den Tumor angewachsen und wies ein kleines Aneurysma auf. Bisher ist von einer Betheiligung dieser Arterie bei Oesophagus-Geschwülsten, so weit ersichtlich, kein Fall bekannt; allerdings sind in der Literatur nur die stattgehabten Perforationen von Arterien verzeichnet und unter diesen in erster Linie die der Aorta und rechten Pulmonalis [1]), ferner

1) Rokitansky: Lehrb. der Path. Anatomie. 3. Aufl. 1861. Vol. III. p. 131 (citirt bei Mackenzie l. c. S. 125).

Carotis, Subclavia, Vertebralis, Oesophagea und Intercostalis [1]).

Hineinwölben der Geschwulst in die Trachea, wie sie in unserem Falle beobachtet ist, hat bereits mehrfach Beschreibung gefunden. Zenker [2]) führt darüber aus:

> „So setzt sich der Krebs auf die Tracheal- und Bronchialwand fort und kommt auch an deren Innenfläche, an der hinteren Wand der Trachea, selbst in deren ganzer Länge als hügelige Wucherung zum Vorschein."

Aus der älteren Literatur sei ein Fall mit ähnlichem Befunde angeführt [3]):

> „Am Anfange der Luftröhre ist an der hinteren Wand durch die Geschwulst eine Vorragung von 6 Centimeter Länge gebildet. Die darüber liegende Schleimhaut ist verdünnt, während die Schleimhaut der ganzen Luftröhre baumförmig injicirt ist". . . .

Ferner aus dem Jahre 1862 [4]):

> „. . . die Luftröhre war (unten) sehr dilatirt, aber von hinten her ragte ein hartes, bösartiges, fingerdickes Gewächs, das sich vom oberen Ringe 3‴ abwärts erstreckte, in ihre Höhle hinein und verengte dieselbe bedeutend".

Eine etwas abweichende Form wird von Ahlberg 1867 [5]) berichtet:

---

1) Orth: Lehrb. d. spez. Path. Anatomie. 1887. S. 687.

2) Zenker l. c. S. 175.

3) M. Grisolle: Geschwür und Verengerung des Oesophagus, Tod 6 Wochen nach dem Auftreten der ersten Zufälle; Geschwulst von zweifelhafter Natur zwischen Oesophagus und Trachea. Gaz. des Hôpitaux 1847. No. 46. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 56. 1847. S. 69.

4) Fraser: Stenosis oesophagi. Lancet I, 17. April 1862. Besprochen in Schmidt's Jahrb. Bd. 119. 1863. S. 352.

5) V. E. Ahlberg: Cancroid der Schilddrüse u. der Speiseröhre. Hygiea 1867, p. 263; referirt in: Meissner, Beiträge zur Lehre von dem Krebs, in Schmidt's Jahrb. 1870. Bd. 146. S. 89.

„... von der Mitte des linken Lobus (der Schilddrüse) ging die Entartung auf den linken Muscul. sternothyreoid., nach hinten auf die Trachea über, wo sie sich zwischen einzelnen Knorpelringen fortsetzte, ohne jedoch die Schleimhaut zu ergreifen."

Petri hat unter seinen 44 Fällen kein Beispiel eines gleichen Befundes; die drei allenfalls in Betracht kommenden weichen ab[1]):

..."im 35. Falle umwuchern die Krebsmassen den linken Bronchus, ohne ihn zu perforiren..

..."im 5. Falle ist das Cancroid selbst in die hintere Wand der Trachea gewuchert und zeigt hart über der Bifurcation eine Perforation."...

..."das Geschwür ... reicht bis auf den linken Bronchus, ohne diesen zu perforiren."...

Cölle[2]) beschreibt 1887 einen ähnlichen Fall wie den unserigen:

„... dem Geschwür entsprechend befindet sich auf der vorderen, äusseren Seite des Oesophagus, zwischen ihm und Trachea, ein etwa hühnereigrosser Geschwulstknoten, der mit kleineren und grösseren papillären Excrescenzen, die indess höchstens die Grösse einer Bohne erreichen, und sich an einer ganz circumscripten etwa 10 Pfg. grossen Stelle befinden, in die Trachea hineinragt." „Der Fall steht wohl einzig da."

Die letztere Schilderung legt den Vergleich mit der von Fritzsche[3]) 1872 in seiner Dissertation gegebenen Abbildung eines entsprechenden aber bereits bis zur Per-

1) Petri l. c. S. 39.

2) Cölle l. c. S. 52 und S. 47.

3) Fritzsche: Ueber den Krebs der Speiseröhre. Diss. Berlin 1872. S. 91.

foration gediehenen Falles nahe; er gibt folgende Notizen dazu:

> . . . „beim Aufschneiden der Trachea bemerkt man an ihrer hintern Wand, 1″ unterhalb des Ringknorpels, ein ungefähr wallnussgrosses Geschwür, mit einer nahezu groschengrossen, nicht genau zentralen, sondern etwas mehr nach dem oberen Rande gelegenen Perforationsöffnung, an deren seitlichen Rändern die wie abgenagt erscheinenden Enden der durchbrochenen Knorpelringe hervortreten . . . . Die ringförmige, fungöse Excrescenz hebt sich von der umgebenden graulich-weissen Trachealschleimhaut mit scharfer Begrenzung ab.“

Ob in unserem Falle, wenn es zur Perforation gekommen wäre, der Durchbruch ebenfalls mehr an dem oberen, dicht am Kehlkopfe gelegenen Ende der Vorragung sich eingestellt hätte, ist ungewiss aber wahrscheinlich, da das obere Ende an sich weiter in die Trachea vorragte als das untere. Bei den in der Literatur verzeichneten Fällen von ähnlicher Form der Excrescenz ist allerdings, wenn Perforation eintrat, diese an der unteren Seite des „fingerdicken und fingerförmigen“ Tumors constatirt. Diese Tumoren waren meist von weicherer Consistenz als der in unserem Falle. Im Ganzen ergibt sich auch beim Vergleichen der hierher gehörenden bisher berichteten, anscheinend nicht häufigen Fälle eine ausserordentliche Mannigfaltigkeit der verschiedenen Befunde, so dass eine allgemeine Regel kaum abgeleitet werden kann.

Der linke N. recurrens fand sich ganz in die Geschwulst eingebettet und war augenscheinlich degenerirt; seine knopfförmige Verdickung am Ende des präparirten Theils zeigt dies, und die klinischen Erscheinungen der Lähmung des linken Stimmbandes erklären sich dadurch. Heiserkeit und Stimmbandlähmung ist den Beobachtern von

Oesophagus-Carcinösen schon seit lange aufgefallen, ohne dass immer der richtige Grund gefunden wurde; ich werde unten darauf zurück kommen und füge hier nur eine Aeusserung Leichtenstern's[1]) aus dem Jahre 1891 an, welcher die noch in neuerer Zeit bestehenden Meinungsverschiedenheiten beleuchtet: „Wenn ich aufgefordert würde, ohne eine statistische Untersuchung meines reichhaltigen Materials an Oesophaguskrebsen den Eindruck zu schildern, welchen ich hinsichtlich der Häufigkeit, mit welcher der Speiseröhrenkrebs auf benachbarte Organe übergreift, empfangen habe, so würde ich die nachfolgende Scala entwerfen . . . . . Mein erster Satz wird wahrscheinlich Widerspruch hervorrufen, dem ich freilich mit der Mahnung „besser nachsehen zu wollen" begegnen müsste.

„Seitdem ich meine Fälle von Oes.-Krebs, und zwar seit vielen Jahren, wiederholt laryngoskopisch zu untersuchen pflege, sie mögen Heiserkeit, Stimmmangel darbieten oder nicht, seitdem ich bei den zahlreichen Sectionen mich mit einer besondren Vorliebe auf die Präparation der Nervi recurrentes vagi verlege, bin ich zur Kenntniss gelangt, dass Paresen und Paralysen des linken Stimmbandes, dass ein Uebergreifen des Krebses auf den Recurrens der linken Seite zu den häufigsten Erscheinungen gehört. . . In einer, ich möchte sagen, geradezu typischen Weise habe ich wiederholt bei Fällen von doppelseitiger Stimmbandparese bei Oes.-Krebs den linken Recurrens in den Krebs eingebettet, den rechten Rec. mit einer krebsigen Lymphdrüse verwachsen angetroffen." Diese Ausführungen Leichtensterns würden durch Hinzufügung einer wirklichen statistischen Aufstellung noch an Ueberzeugungskraft gewonnen haben. — In unserem

1) Leichtenstern: Beiträge zur Pathologie des Oesophagus. Deutsch. med. Wochenschrift 1891. S. 533.

Falle war der rechte Recurrens nicht von der Neubildung tangirt. Auch hat sich eine Betheiligung der inneren Kehlkopf- und Stimmbandmuskeln nicht heraus gestellt. Die Stimmbänder selbst waren frei, während man in anderen Sectionsberichten, wo Stimmbandlähmung bestanden und Recurrensdegeneration sich vorgefunden hat, öfters über Verdickung der Stimmbänder, Oedem u. s. w. liest.

Bei mikroskopischer Untersuchung hat sich der Tumor als Cancroid, die häufigste Form des Oesophaguscarcinoms, erwiesen.

Epikrise.

In dem oben ausführlich beschriebenen Falle handelt es sich also um ein bei einem thüringischen Arbeiter von 62 Jahren, in dessen Familie krebsartige Erkrankungen nicht nachzuweisen sind, und aus dessen Vorleben nichts hier Erwähnenswerthes bekannt geworden ist, am Anfange des Oesophagus entstandenes, in den Pharynx pilzförmig hinein gewuchertes, mit kirschengrosser divertikelartiger Höhle versehenes, jedoch an keinem Theile ulcerirtes Carcinom. Der Ausgangspunkt desselben scheint die Schleimhaut des Oesophagus an der linken hinteren Seite des Ringknorpels zu sein, die Wucherungen erstrecken sich bis in die Schilddrüse und, ohne Perforation, bis in die Trachea. Der Krebs hat den linken Recurrens eingeschlossen, ein kleines Aneurysma der A. thyreoidea inf., jedoch mit Ausnahme der unmittelbar anliegenden Lymphdrüsen keine Metastasen bedingt und sich mikroskopisch als Cancroid erwiesen. Klinisch sind noch folgende Erscheinungen bemerkenswerth: das Leiden hat etwa 5 Monate, nachdem die angeblich ersten Symptome aufgetreten, durch Erschöpfung zum Tode geführt. Die Diagnose bot im Anfange einige Schwierigkeit wegen des Vorhandenseins eines auch bei der Autopsie noch constatirten, die

Sonde auffangenden Hohlraums an der für Pulsionsdivertikel charakteristischen Stelle. Stimmbandlähmung, Heiserkeit, hohe Stimme traten im Verlaufe der Affection hinzu; bitonales oder multitonales Sprechen war nicht zu constatiren. Das Herauswürgen von vielem Schleim war auch in diesem Falle, wie bei so vielen Stenosen der Speiseröhre, vorhanden. Der Appetit war im Beginne leidlich, der Kräftezustand wurde bald ungünstig. Das Schlucken von Flüssigkeit blieb bis kurze Zeit vor dem Tode erhalten, trotz so hochgradiger Verengung des Schlundes, dass nicht einmal die dünnste Sonde durchzuführen war. Die Behandlung bestand in thunlichster Pflege, oftmaliger Sondirung zwecks Dilatation der Stenose, in Nährklysmen, in Umschlägen und Fomentationen nach Bedarf, und in innerer Medication, die sich im Ganzen auf Kali jod. und Narcotica, besonders Morphin, beschränkte. Letzere waren nur in geringen Dosen — Injectionen von 0,01 einmal täglich — zeitweise erforderlich. In den letzten acht Tagen bedurfte Pat. wegen zunehmender Empfindungslosigkeit eines schmerzstillenden Mittels nicht mehr.

Durch zeitweise Verlegung auf die chirurgische Station wurden die Erwägungen, ob operatives Eingreifen zweckmässig sei, zur Entscheidung gebracht. Von einer Operation ward hauptsächlich deswegen Abstand genommen, weil die Kräfte des Pat. schon zu reducirt waren, als dass er einen der in Frage kommenden Eingriffe: Oesophagectomie wegen des hohen Sitzes des Tumors, oder Gastrostomie, gut hätte bestehen können.

Im Folgenden werde ich in gleicher Reihenfolge wie in der ausführlichen Krankheitsgeschichte auf einige Punkte derselben zurück kommen und passenden Falls Beleg- und Vergleichstellen aus der Literatur hinzufügen. Die am Schlusse befindlichen Tafeln geben das pathologische Präparat des

Falles in natürlicher Grösse und von verschiedenen Seiten gesehen, wieder.

Alter.

Ueber die Entstehung des Leidens ergibt sich aus den Daten der Anamnese und aus den Untersuchungen kein Anhalt der Erklärung. Der Umstand, dass Pat. 62 Jahr alt ist, bildet eine Bestätigung des Erfahrungssatzes, dass Carcinome im vorgerückten Lebensalter häufiger vorkommen, und dass der Oesophaguskrebs von dieser Regel keine Ausnahme macht. Zenker[1]) gibt aus Deutschland, Mackenzie[2]) aus England und Frankreich, Johansen[3]) aus Russland Tabellen, welche dies beweisen, andere Autoren wie Orth, König, Rosenheim bestätigen es; ein Widerspruch hat sich, soweit ersichtlich, niemals erhoben und alle Autoren kommen zu dem Schlusse, welchen man bei Orth[4]) mit den Worten findet:

> „Wie die Krebse überhaupt, so ist auch der Oesophaguskrebs eine Krankheit des höheren Alters (40. bis 70., besonders 50. bis 60. Jahr)."

Mackenzie[5]) fügt seinen Tabellen hinzu:

> „Es verdient indessen bemerkt zu werden, dass, wenn die verschiedenen Tabellen mit Beziehung auf die Anzahl der in jeder Periode von 10 Jahren lebenden Patienten corrigirt würden, sie eine mit dem Lebensalter constant fortschreitende Mortalität in Folge der Krankheit aufweisen würden."

1) Zenker l. c. S. 181.
2) Mackenzie l. c. S. 104.
3) Johansen l. c. S. 7.
4) Orth l. c. S. 106.
5) Mackenzie l. c. S. 106.

Geschlecht.

Dass Männer öfter vom Oesophaguscarcinom ergriffen werden als Frauen, ist ebenfalls eine kaum bestrittene, vielmehr eine auffallende und daher von vielen Seiten statistisch und durch Beispiele belegte Thatsache. Wenn bei älteren Autoren andre Angaben gemacht werden, so ist der Grund vermuthlich der, dass alle Stricturen der Speiseröhre zusammen gerechnet wurden. Da es nach neueren Aufstellungen scheint, dass für die narbigen Oesophagusstricturen Frauen ein grösseres Contingent stellen als Männer, so sind bei zusammenfassender Rechnung Meinungsäusserungen wie die von Voigtel, der zu Anfang des Jahrhunderts lebte, erklärlich. Svitzer[1]) führt 1842 an:

> „nach Voigtel soll diese Krankheit häufiger bei Frauen als Männern vorkommen; von den 3 Fällen des Verf. betrafen indess 2 Männer und 1 eine Frau.“ (Nach der Beschreibung scheinen die drei Fälle Carcinom gewesen zu sein.)

Unter den Autoren der Neuzeit, die auf Grund sorgfältiger Statistik arbeiteten, besteht Einklang darüber, dass Männer vom Speiseröhrenkrebs weit häufiger befallen werden; nur über die Verhältnisszahlen erscheinen Differenzen.

Petri	hatte unter	44	secirten Fällen		41	Männer	3	Frauen	
Zenker	„ „	15	„	„	11	„	4	„	
Ziemssen	„ „	18	klinischen	„	17	„	1	„	
Cölle (Göttingen)	„ „	73	„	„	56	„	17	„	
		11	Sectionen		10	„	1	„	
Engelhardt (Göttingen)	„ „	18	klinischen	„	16	„	2	„	
Mackenzie	„ „	100	„	„	71	„	29	„	
Habershon	„ „	85	„	„	59	„	26	„	

1) Svitzer: Versuche, die Verengerung der Speiseröhre zu heilen. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 35. 1842. S. 95.

Lebert	hatte	unter	9	klinisch.	Fällen	8	Männer	1	Frauen
Krusenstern	„	„	60	„	„	34	„	26	„
Béhier	„	„	49	„	„	37	„	12	„
Marchand	„	„	30	„	„	26	„	4	„
Morosow	„	„	87	„	„	66	„	21	„
Jenenser Klinik 1892—1894	„	„	12	„	„	11	„	1	„

Die in den Tabellen meistens angefügten Prozentzahlen sind fortgelassen, weil ihre Richtigkeit ohne weiteres nicht zu erkennen war. Von den betreffenden Gewährsleuten ist z. B. nicht immer darauf Rücksicht genommen, dass die Zahl der ins Krankenhaus aufgenommenen Frauen beträchtlich geringer zu sein pflegt als die der Männer. Wenn Petri (S. 45) unter seinen 44 Fällen nur 3 weibliche findet und am Schlusse sagt: „wir constatiren, dass . . . das Carcinom am häufigsten Männer (93,1 p. Ct.), am seltensten Frauen (6,9 p. Ct.) betrifft," so sind diese Zahlen für die ärztliche Praxis nicht ohne Umrechnung gültig. Cölle hat S. 6 zuerst die verschiedene Frequenz der Männer- und Frauenabtheilungen des Spitals in Rechnung gezogen und erhält als Resultat, dass der Oes.-Krebs etwa $2^1/_2$ mal so häufig bei Männern als bei Frauen vorkäme. Später (S. 7) hat er diese Relation ausser Acht gelassen, zählt die Göttinger Fälle denen von Petri und Zenker hinzu und erhält aus der Summe die Prozente: 82,4 männl., 17,5 weiblich: „demnach ist das männliche Geschlecht beinahe 5 mal so häufig als das weibliche befallen", — ein nach dieser Berechnung sicher unzuverlässiges Resultat. Auch die analogen Ziffern aus nicht klinischen Sectionen geben nicht immer die natürlichen Verhältnisse wieder, u. A. auch deswegen, weil meistens die Anverwandten zur Section einer weiblichen Leiche noch weniger gern ihre Einwilligung geben als zu der einer männlichen.

Lebensweise.

Pat. war Muldenhauer, hatte als solcher schwer zu arbeiten, war dann Handarbeiter. Sein Auskommen hat er stets gehabt.

Dass bei Leuten der arbeitenden Klasse Oes.-Krebs öfter vorkommt als bei Wohlhabenderen, ist in einigen Lehrbüchern, besonders aus früherer Zeit, angegeben. Eine Statistik darüber ist mir nicht zu Gesicht gekommen und würde schwierig aufzustellen sein. Die Zahl der körperlich arbeitenden Männer überwiegt in der Bevölkerung und noch mehr in den Spitälern.

In der Regel liest man im Anschlusse an obige Hypothese die Vermuthung, dass Potatoren unter den Arbeitern mehr zu finden seien, und dass der Trunk eine Prädisposition zum Carcinoma Oesophagi gebe, sei es durch örtliche Reizung, sei es durch Verschlechterung der gesammten Konstitution und durch „Versetzung des Individuums in eine höhere Altersklasse". Solchen Annahmen durch weitere Wahrscheinlichkeits-Beispiele dienen zu wollen, entspricht nicht dem Sinne einer wissenschaftlichen Arbeit: sonst würde man leicht dahin gelangen, die Häufigkeit der in englischen Statistiken verzeichneten Oesophaguscarcinome der Frauen damit in Zusammenhang zu bringen, dass in England die Zahl der Branntwein trinkenden Frauen wahrscheinlich grösser ist als bei uns. Man würde auch die aus der Königsberger Klinik oben (S. 13) berichtete Frequenz der dortigen Anstalt von russischen Speiseröhren-Krebsen, und die in russischen Tabellen ebenfalls scheinbar constatirte grössere Häufigkeit dieser Affection gern damit erklären wollen, dass in Russland „bekanntlich" mehr Schnaps getrunken wird als bei uns. Diesen Betrachtungen gegenüber ist Johansen Recht zu geben, der 1888 bemerkt:

„Die Ursache dieses häufigeren Befallenseins der Männer wurde in früherer Zeit auf den Alkoholismus und den Tabakmissbrauch zurückgeführt; darüber statistische Daten zu geben, scheint mir eine theoretische Spielerei, da der Begriff des Trinkens zumal bei uns zu Lande (in Russland) so ungeheuer verschieden aufgefasst wird, und man genauere Daten darüber doch nie erhalten wird."

Anhangsweise sei bemerkt, dass im Laufe der Zeit manche andere einzelne Schädlichkeit als schlundkrebserzeugend bezeichnet worden ist, so war „vor nahezu 150 Jahren van Svieten dazu geneigt, die Entstehung des Leidens auf den Genuss sehr heisser Getränke, namentlich des Kaffee's, zu schieben, welcher zu seiner Zeit in allgemeine Aufnahme kam." [1]) Behauptungen dieser Art, Anschuldigungen des Kaffee's, geistiger Getränke u. s. w., deren Beweis oder deren Widerlegung in exacter Weise kaum möglich sein wird, haben ihren Ursprung vielleicht nicht immer in theoretischen Erwägungen, „Spielereien", genommen, sondern unter Umständen auch aus dem Bedürfnisse der praktisch thätigen Aerzte, die Lebensweise ihrer Patienten thunlichst zu bessern und einzelne Schädlichkeiten derselben zu eliminiren. In unserem Falle ist kein Anhalt geboten, einzelne Schädigungen im Leben des Patienten als Ursachen des todbringenden Leidens in Rücksicht zu ziehen. Er hat früher schwere körperliche Arbeit zu leisten gehabt, ist, als er zu Jahren kam, mit seinen Kräften verhältnissmässig rasch am Ende gewesen. Damit stimmt die klinisch constatirte und bei der Autopsie als rückgebildet bestätigte Hypertrophia cordis überein, und ebenso die Arteriosklerose. Auch letztere ist oft auf Trunk zurückgeführt worden, ohne

1) cit. bei Mackenzie l. c. S. 108.

dass bislang ein Beweis dafür möglich gewesen ist, welche chemischen Verbindungen die entsprechende schädigende Wirkung auf die Gefässwand ausüben, und wie sie es thun. Sinnfälliger sind beim Studium der Pathologie der Arteriosklerose auch in diesem Falle die mechanischen Verhältnisse. Ich gehe auf sie hier nicht näher ein.

Wenn man der Erkenntniss der Ursachen des Oesophagus-Carcinoms im einzelnen Falle näher kommen will, so wird auf die jahrelange Vorgeschichte des Pat. Gewicht zu legen sein. Man wird nicht allein Heredität und besonders markante Ereignisse aus seinem Vorleben zu berücksichtigen haben, sondern, vielleicht mehr noch als diese, die ganze gewöhnliche Lebensweise, die regelmässige Thätigkeit, den Ablauf der täglichen körperlichen Functionen, die Gemüthsart u. s. w. in Bedacht nehmen müssen. Wenn vom Pat. ein bestimmtes Vorkommniss als Grund oder Anfang der Krankheit gemeldet wird, so ist gerade diesen Angaben mit Kritik zu begegnen. Cölle[1]) giebt einen bezeichnenden Fall, der als Beispiel für viele ähnliche kurz wiedergegeben werde:

„Arbeiter, 56 Jahr, bemerkte plötzlich beim Essen einer Zwetsche, dass dieselbe im Halse stecken blieb; er musste sie herauswürgen und konnte von dieser Zeit an 5 Tage lang absolut nichts essen. Dann sei wieder eine Zeit gekommen, wo er Flüssiges hätte schlucken können, dazwischen aber immer wieder Tage, wo auch das wieder unmöglich wurde. — Dieser Fall würde gewiss schön ausgenützt werden können, aber die Sache erschien in ganz anderem Lichte, als Pat. auf erneutes Fragen angab, dass er schon 4—5 Monate früher trockene Speisen nicht habe schlucken können. Der Pat. ging 6 Monate nach Verschlucken jener

1) Cölle l. c. S. 9.

Zwetsche unter dem Bilde des Oesophagus-Krebses zu Grunde."

Dauer der Krankheit.

Der reproducirte Fall mag zur Beleuchtung noch eines anderen Punktes dienen, nämlich der über die Dauer des Oesophaguscarcinoms bestehenden Ansichten. Wenn die von Cölle erwähnte genauere Nachfrage nicht stattgefunden hätte, so würde jener Fall voraussichtlich als sechsmonatiges Oes.-Carcinom in die Statistik aufgenommen worden sein. Auch in unserm Falle erscheint mir eine längere Dauer der Affection als 5 Monate — von ca. 10. Juli bis 19. November — nicht ausser Bereich der Möglichkeit, und er würde in eine statistische Zusammenfassung nicht ohne Weiteres als fünfmonatiger Krebs einzureihen sein. Die von vielen erfahrenen Autoren bekundeten meist unscheinbaren Anfänge dieses Leidens: leichte vorübergehende eventuell Wochen und Monate lang aussetzende Schluckbeschwerden ohne besondere Schmerzhaftigkeit, sind geeignet, einem an die äusseren Härten des Lebens gewöhnten und in seiner Tagesarbeit beschäftigten Manne zu entgehen oder von ihm der Erwähnung später nicht werth befunden oder vergessen zu werden. Die mehrfach in der Literatur verzeichnete, im Uebrigen nicht gar zu auffallende Thatsache, dass lebhafte „nervöse" Leute der Krankheit oft viel längeren Widerstand leisten als Phlegmatiker, findet vielleicht dadurch eine einschränkende Berichtigung, dass im Empfinden und intellektuell gebildetere Menschen die ersten Krankheitserscheinungen in der Regel eher bemerken werden, und dass sich daraus ein scheinbar längerer Verlauf ergibt.

Im Uebrigen ist in unserem Falle nicht zu leugnen, dass er nach Hervortreten prägnanter Erscheinungen keine sehr

lange Dauer gezeigt hat, trotzdem Complicationen, welche den Verlauf hätten abkürzen können, nicht vorhanden waren. Die Verengung der Luftröhre durch die Verwölbung des Tumors war nicht hochgradig genug, um eine Dyspnoe zu bewirken, während in analogen Fällen „Abplattung der Trachea, Dilatation der Trachea unterhalb des Tumors, Suffocation", oft beobachtet sind und Tracheotomie nöthig gemacht haben, mit baldigem tödtlichen Ausgange. — Dass der besprochene Fall verhältnissmässig rasch zu Ende führte, mag ferner als Beleg zu dem anscheinend wohlconstatirten Erfahrungssatze dienen, dass harte Carcinome im Oesophagus im Durchschnitt einen rapideren Verlauf nehmen als weiche, im Gegensatz zu den meisten, anders localisirten Krebsen. Zwei Fälle von Reuffurth[1]) gehören hierher, aus denen das Wesentliche citirt sei:

„. . . der Verlauf (des zweiten Falls) ist ziemlich rapide namentlich gegenüber dem vorigen Fall (acht Monate — 2 Jahre) . . . In dem ersten Falle wird ein Geschwür mit wulstigen fingerdicken markigen Rändern gefunden. Die Schluckfähigkeit ist nur in geringem Grade gestört, so dass der Kranke sich in normaler Weise zu ernähren vermag. Der Verlauf ist relativ sehr langsam. In dem zweiten Falle handelt es sich um ein Geschwür mit flachen, harten Rändern. Die Schluckfähigkeit ist sehr erheblich gestört, sodass der Kranke fast nur durch Sonde und Clysma ernährt werden kann . . . Wir sehen demnach, dass die Unterscheidung von Markschwamm und Skirrh, welche die alten Aerzte nur nach den äusseren anatomischen Eigenschaften der Oesophaguscarcinome aufstellten, wenigstens praktisch von hoher Bedeutung ist."

1) Reuffurth: Die mechanischen Verhältnisse der krebsigen Stricturen der Speiseröhre. Diss. Berlin 1890. S. 22.

Auch in unserem Falle war die hauptsächliche Hemmungsstelle des Schluckens der Anfang des Oesophagus dicht unterhalb des Ringknorpels, wo, wie beschrieben, eine grauweisse speckige, mehr homogene, harte Neubildung den Oes. umfasste und das Lumen bis auf 5 mm verengte; nicht aber lag das Schluckhinderniss dem gegenüber in dem Vorhandensein der mächtigen Cancroidwucherungen im unteren Pharynx, obschon diese ebenfalls ziemlich fest, und nicht ulcerirt waren. — Als Resümé über die Frage nach der Dauer des Leidens sei König's[1]) Aeusserung angefügt, mit der sich die Meinungen der meisten Autoren decken:

„Die Grenze von zwei Jahren können wir wohl als die äusserste für die Dauer des Leidens annehmen."

Mackenzie[2]) sagt:

„In meinen 100 Fällen war die Durchschnittsdauer des Lebens nach der Entwicklung unzweifelhafter Symptome nur acht Monate, die Maximaldauer 16 Monate, die Minimaldauer 5 Wochen."

Differentialdiagnose zwischen Oes.-Carcinom und Divertikel.

Patient bemerkte im Anfange, dass die Bissen im Halse stecken blieben und äusserte seine Empfindung dahin:

„es ist so wie eine Höhle im Halse."

Durch diese Mittheilung ward von vornherein die Aufmerksamkeit auf das mögliche Vorhandensein eines Divertikels gelenkt, zumal da die Pulsionsdivertikel, auch an sich eine seltene Erscheinung, fast nur an der genannten Stelle vorzukommen scheinen und bei Männern höheren Alters am häufigsten sind. Im vorliegenden Falle waren die Erschei-

1) König l. c. S. 72.
2) Mackenzie l. c. S. 128.

nungen bei den mit Sorgfalt und oft wiederholten Sondirungen klar genug, um das Vorhandensein einer Ausbuchtung mit Sicherheit erkennen zu können. Die Möglichkeit eines Carcinoms, auf welches Alter des Pat. und die verhältnissmässig rasche Entstehung der Beschwerden hindeuteten, wurde von Anfang an erwogen, aber solange beweisende Zeichen der infausten Erkrankung fehlten, in suspenso gelassen. Es ist dann im Verlaufe der weiteren Untersuchungen, wie oben bereits ausgeführt, gelungen, die Existenz eines Divertikels und eines Carcinoms festzustellen. Das Vorkommen eines primären Divertikels und eines primären Carcinoms an derselben Stelle ist eine Seltenheit, die man in unserem Falle nicht anzunehmen genöthigt ist.

Petri gibt in seinem 37. Falle ein Beispiel eines in einem Divertikel (an der Cardia) entstandenen Carcinoms und Edgren[1]) theilt aus dem Jahre 1890 einen interessanten Befund eines Pulsionsdivertikels mit canceröser Degeneration mit.

In unserem Falle spricht Alles dafür, dass das Carcinom das primäre gewesen ist und dass die Höhle hier nicht als Pulsionsdivertikel im Sinne der Definition, sondern als eine Vertiefung zwischen den unregelmässig aufschiessenden Wucherungen des Cancroids aufzufassen ist.

Dass übrigens trotz des hohen Sitzes, trotz der leichteren Erreichbarkeit der stenosirten Stelle die Durchleitung von Sonden so schwierig war, ist eine Illustration zu der in der Literatur mehrfach verzeichneten Bemerkung, dass die Sondirung gerade der hoch sitzenden carcinomatösen Stenosen meist nicht leicht sei. Diese Erscheinung lässt sich auch aus der starken Biegung des Nahrungsrohrs gerade an der

1) Edgren: Oesophagusdivertikel mit canceröser Degeneration. Hygiea p. 176—180. 1890. Ref. in Virchow-Hirsch' Jahresber. XXV. 1890. S. 234.

Grenze zwischen Pharynx und Oesophagus erklären (vergl. S. 45), aus der anatomischen Configuration der ganzen Gegend, über die Hyrtl[1]) in einem anschaulichen Bilde sagt:

> „Der weite Rachensack verhält sich, der Gestalt nach, zur engen Speiseröhre, beiläufig wie der Windfang auf unsren Dampfschiffen zu jenem Schlauche, durch welchen frische Luft in den Heizraum geleitet wird."

Ob die Carcinome am Oesophagus-Beginne in ihrer Structur anders geartet, ob sie etwa hart und dabei doch zu Wucherungen geneigter sind als die tieferen, und ferner ob die tiefer sitzenden, dem Magensafte mehr ausgesetzten Carcinome an ihrer Oberfläche eher zerfallen als die oberen, wäre ein Gegenstand besonderer Untersuchung. Einstweilen ergibt sich aus oberflächlicher Durchsicht einiger Reihen von Fällen kein Anhalt zur Formulirung irgend einer Vermuthung. Nur soviel scheint aus den Aufstellungen z. B. Petri's hervor zu gehen, dass die Form der einzelnen Carcinome ausserordentlich mannigfaltig ist, dass keines dem anderen weder in klinischen Erscheinungen noch im Sektionsbefunde gleicht und dass die früher oftmals angenommene und betonte Gleichförmigkeit des genannten Leidens ein Irrthum ist.

Ueber andre differenzialdiagnostische Erwägungen lässt sich kurz hinweggehen. An Aneurysma wurde wegen der festgestellten Arteriosklerose gedacht, es fanden sich aber keine weiteren Symptome. Ebenso waren andere Affectionen, welche die Speiseröhre unter Umständen zu verlegen geeignet sein konnten, unschwer auszuschliessen, wie Congestionsabscesse der Wirbelsäule, Tumoren des vorderen oder hin-

1) Hyrtl: Handb. der Typograph. Anatomie. 7. Aufl. 1882. S. 583.

teren Mediastinums, und auch die lange berühmten Vesal-schen Drüsen [1], welchen es vielleicht zum Theil beizumessen war, dass die Kenntniss des Speiseröhrenkrebses im vorigen und zu Anfang dieses Jahrhunderts wenig Fortschritte machte, waren als ex nexu befindlich leicht zu erweisen.

Aus der klinischen Beobachtung des Pat. greife ich eine Erscheinung heraus, die der Erklärung zu bedürfen scheint: es ist das bei vielen an Oesophagusstenose Leidenden constatirte Schleimerbrechen oder -Herauswürgen. Auch der genannte Pat. litt an diesem lästigen Symptome. Als Ursache wird, so weit ersichtlich, in der Literatur meistens eine erhöhte Schleimabsonderung der Oesophaguswand genannt. Ob exacte Versuche über die Secretion der betreffenden Schleimhaut stattgefunden haben, ist mir nicht bekannt geworden; es scheint mir, abgesehen von diesem Umstande, einfacher, der Speichelabsonderung des Mundes den Haupttheil dieser Schleimansammlung zu vindiciren, der in gesunden Tagen des normalen Menschen die tägliche Höhe von 1 Liter erreicht, der Harnabsonderung also fast gleich kommt. Ob bei Speiseröhrenverengung der Speichelfluss vermehrt ist, sei unentschieden gelassen, ein stichhaltiger Grund würde sich ohne Experiment kaum dafür angeben lassen. Andererseits äussert Merkel [2] bei Besprechung der Symptome des Oesophaguscarcinoms:

> „Im Allgemeinen werden . . . . die Patienten selbst dafür sorgen, dass es an Versuchen zu Schlucken nicht fehlen wird, da es ein Bedürfnis ist, den Sekreten des Mundes und Rachens durch Verschlucken Abzug zu verschaffen."

---

1) Vesali: op. omn. Lugd. Bat. 1725 L V. C III.

2) Merkel und v. Heinecke: Behandlung der Erkrankungen der Speiseröhre. In Penzoldt u. Stintzing. Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten. 1894. 12. Lfg. S. 127.

In Bezug auf die Therapie erübrigt, zu wiederholen, dass die Durchlässigkeit der Speiseröhre für die Sonde schon früh aufgehoben wurde und dass in Betreff der Ernährung der Pat. auf Schlucken von Flüssigkeit, eingeweichtem Weissbrot u. dgl., und auf Nährklystiere reducirt war. Von der Einlegung einer Dauersonde musste Abstand genommen werden, weil auch die einfachen Sonden nicht mehr passirten. Ausserdem hätte gerade bei der hochgelegenen Strictur eine dauernd sitzende Kanüle ihre Bedenken gehabt, weil sie an dieser Stelle schwieriger fest zu legen war und beim Würgen oder Husten leicht heraus oder in den Kehlkopf hätte geschleudert werden können. Ob derartige nicht unbedenkliche Zufälle bei den früher gebräuchlichen Formen der Dauerkanülen eher zu vermeiden waren, mag unentschieden bleiben, und der folgende Auszug aus der Literatur nur seines historischen Interesses wegen angefügt werden.

Beim Durchgehen der älteren Mittheilungen über diesen in neuester Zeit viel besprochenen Gegenstand gewinnt man den Eindruck, dass schon vor hundert Jahren mit Instrumenten, welche von den jetzt empfohlenen im Prinzipe nicht sehr abweichen, Erfolge erzielt wurden:

> „M. Kirmisson rappelait dernièrement à l'Académie de Médecine que Boyer, en 1799 et 1800, put ainsi laisser en place une sonde pendant 150 jours“. . . . .[1])

Boyer's Sonde ist auch in deutschen Werken aus der ersten Hälfte des Jahrhunderts beschrieben. Chelius[2])

---

1) Vinant: Valeur de la gastrostomie dans le cancer de l'oesophage. Thèse. Paris 1889.

2) In: Heidelberger med. Annalen. Bd. I, Hft. 1, referirt in dem Encyclopädischen Wörterbuch der med. Wissenschaften. Berlin 1843. Bd. 30. S. 487.

empfiehlt: „Sonden mit olivenförmigen Aufsätzen von Elfenbein oder Gummi elasticum, die man . . . in der Strictur eine Zeit lang liegen lässt." Svitzer[1]) hat zur gleichen Zeit analoge Vorschläge veröffentlicht:

„Als das beste Mittel zur Beseitigung dieser Verengung erscheint dem Vf. die Anwendung eines längere Zeit hindurch wirkenden Dilatatorium . . . bei den ersten Versuchen fand Vf., dass es unmöglich war, die Kugel selbst nur einige Minuten in der Verengung zu halten, wegen der häufigen Zusammenziehungen der Speiseröhre und der Anstrengungen zum Erbrechen. Vf. glaubte den Grund davon in der runden Form der Kugeln zu finden und gab ihnen deshalb in der Mitte eine Vertiefung, welche Abänderung sich auch als zweckmässig bewährte."

Aus dem Jahre 1844 wird berichtet[2]):

„Vf. liess die Schlundröhre eine Stunde lang liegen. . . am nächsten Tage ward die Schlundröhre den ganzen Tag hindurch liegen gelassen und erst abends entfernt, am nächsten wegen der beträchtlich vermehrten Schleimabsonderung statt durch den Mund durch den unteren Nasengang eingeführt, auf welchem Wege sie leichter über das Hinderniss hinwegzugleiten schien." (Die letztere Bemerkung mag zugleich als nachträglicher einzelner Beleg für die S. 42 für die Schwierigkeit der Sondirung gerade der hoch sitzenden Oesophagusstenosen gegebene Erklärung dienen).

---

1) Svitzer: Versuche, die Verengung der Speiseröhre zu heilen. (Häser's Repert. Bd. IV, No. 1, 1842. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 35. 1842. S. 95.)

2) Dr. G.: Verengerung der Speiseröhre. Caspar's Wochenschrift 1844, No. 3, 4 u. 5.

Durch die Krishaber'sche[1]) Mittheilung von 1881 über Einführung einer Dauersonde bei Carcinom, und Verweilen derselben in der Speiseröhre auch ohne stete Beaufsichtigung seitens des Arztes:

> „Die Pat. erlag der Krankheit 305 Tage nach Einführung der Verweilsonde. Die Sonde konnte Krishaber nicht mehr sehen, da sie fortgeworfen worden war; die Angehörigen versicherten indessen, dass dieselbe selbst an dem Magenende nicht verändert gewesen sei (die Section wurde nicht gemacht)"

ist dann, wie es scheint, neuerdings Anregung gegeben worden, diese therapeutischen Massnahmen zu vervollkommnen. Das Instrumentarium der Speiseröhrenbehandlung war schon zu alten Zeiten erstaunlich reichhaltig, womit über ihre Zweckmässigkeit kein Urtheil ausgesprochen werden soll. Aehnliches gilt von der allgemeinen Therapie, die in den 50 Jahre zurückliegenden Abhandlungen meist einen grösseren Raum einnimmt, als in denen aus jetziger Zeit. Ich erwähne daraus die ableitende Behandlung in specie „Die Application eines Haarseils in den Rücken, bei Schlundverengerung"[2]), und zwar, weil Haarseile und Moxen alten Stils, vor denen mit dem Allgemeinwerden antiseptischer Wundbehandlung die Achtung geschwunden war, jetzt an einigen Orten wieder mehr geübt werden.

Soweit die Therapie der Alten. Was ihre Erkenntniss der vorliegenden Krankheitsgruppe anlangt, so sei darüber das wiedergegeben, was Körner[3]), der unter

1) Krishaber: Gaz. des Hôp. 1881. 27. p. 211, ref. in: Deahna, Beiträge zur operativen Behandlung des Krebses, (Zusammenstellung) Schmidt's Jahrb. 1881. Bd. 192. S. 168.

2) Chelius l. c. S. 487 (vor 1843).

3) Körner: Ueber Dysphagie bei Erkrankungen von Bronchialdrüsen nebst Bemerkungen über eine mechanische Ursache des Speiseröhrenkrebses. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 281. 1885.

meinem verehrten Lehrer Recklinghausen arbeitete, ausführt:

> „Obwohl die Beobachtungen aus jenen Zeiten sowohl wegen der geschilderten Voreingenommenheit der Autoren als wegen der (damaligen) Unmöglichkeit einer exacten anatomischen Diagnose des Speiseröhrenkrebses fast nur noch historisches Interesse haben, muss doch anerkannt werden, dass einige der alten Fälle, namentlich ein von Heister mitgetheilter (Compt. anat. T. II. § 389) zuverlässig beobachtet zu sein scheinen. Von den ... neueren Beobachtern hat sich keiner die Mühe genommen, hier den Prioritätsansprüchen der Alten gerecht zu werden... mir schien wenigstens eine kurze Erwähnung derselben am Platze."

Zur Förderung der Kenntniss gerade einer so langwierigen, die Geduld des Patienten und des Arztes auf die Probe stellenden Krankheit wird, wie ich glaube, neben Anfertigung weiterer genauer, auf ihre Unterlagen mit Sorgfalt geprüfter statistischer Zusammenstellungen auch auf Vermehrung des Vorraths an einzelnen sehr ausführlichen Krankengeschichten von der Art Gewicht zu legen sein, wie Fritzsche[1]) sie in einem Monate lang Tag für Tag mit Liebe beschriebenen Falle geliefert hat. Die Durchsicht des letzteren und ähnlicher, in der Literatur zwar nur spärlich enthaltener Beschreibungen ist geeignet, dem Leser, welcher nicht in der Lage war, viele Oesophagus-Carcinome zu beobachten, eine lebendige Anschauung der Vorgänge, und eine Anregung zur nacheifernden Arbeit zu geben im Sinne des Dichterworts: „Wie fruchtbar ist der kleinste Kreis, wenn man ihn recht zu pflegen weiss."

1) Fritzsche: Ueber den Krebs der Speiseröhre. Diss. Berlin 1872. (8. Fall S. 74—93, mit Tafeln.)

Zum Schlusse ist es mir eine werthvolle Pflicht, Herrn Professor Dr. Stintzing für die gütige Anregung und Förderung der Arbeit, Herrn Geh. Hofrath Professor Dr. Müller und Herrn Hofrath Professor Dr. Riedel für die Gewährung auch des pathologisch-anatomischen und des chirurgischen Materials meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Herren Priv.-Dozenten Dr. Matthes und Dr. Gumprecht, sowie den Herren Assistenten Dr. Cordua und W. Müller bin ich für freundliche Mittheilungen und Rathschläge zu herzlichem Danke verbunden, besonders Herrn Dr. Gumprecht für die liebenswürdige, meiner Arbeit von Beginn an geschenkte Unterstützung.

Erklärung der Tafeln.

Tafel I gibt ein Gesammtbild des ösophagealen Tumors. Die Speiseröhre ist von hinten anfgeschnitten. Oben die z. Th. pilzförmig in den Pharynx hineinwuchernde Masse T^1, T^2, unten die Infiltration und Entartung der Oes.-Wand, T^3, T^4.

Tafel II zeigt das Präparat von vorn, Zunge, weicher Gaumen u. s. w. sind nach der Seite gelegt. Trachea vorn aufgeschnitten. T^1 oberes Ende des Tumors, T*) Vorragung desselben in die Luftröhre, die linke Glandula thyreoidea zeigt krebsige Entartung.

Tafel III Ansicht des Präparats von links. Man sieht wieder die obere Spitze des Tumors. N. vagus liegt der Geschwulst an, ohne mit ihr verwachsen zu sein, ebenso A. carotis. N. laryng. inf.*) zeigt knopfförmige Verdickung beim Eintritt in den Tumor, A. thyreoid. inf.*) ein kleines Aneurysma.